BIJLAGE A: Aanvraagformulier voor LYRICA

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **II – Aanvraag tot proefbehandeling:**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische neuropathische pijn en voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 3580000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- Minstens 18 jaar oud
- Voorafgaande analgetische behandeling met een tricyclisch antidepressivum van minstens 1 maand EN gabapentine van minstens 6 weken met titratie tot de maximale verdragen dosis, zijn onvoldoende doeltreffend gebleken of werden niet verdragen of waren medisch gecontra-indiceerd.
- De chronische neuropathische pijn is verbonden aan:
  - ☐ Diabetes
  - ☐ Post-herpes zoster
  - ☐ Kanker
  - ☐ Een voorafgaand CVA/TIA
  - ☐ Multiple sclerose
  - ☐ Een dwarslesie van het ruggenmerg/myelopathie
  - ☐ Een spooklidmaat
  - ☐ Een voorafgaand traumatisch of chirurgisch letsel
  - ☐ Een HIV infectie
  - ☐ Een medicamenteuze neuropathie
  - ☐ Een postradiatie neuropathie

Ik verklaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van maximaal 3 x 28 dagen met verpakkingen van 56 capsules (maximaal 3).

Ik verklaar kennis te hebben dat de aanbevolen dagdosis 150 tot 600 mg in 2 of 3 toedieningen is.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

☐ **III – Aanvraag tot verlenging van de terugbetaling**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische neuropathische pijn, voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 3580000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 en een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA reeds heeft gekregen.

Ik verklaar dat de voorafgaande behandeling met LYRICA gedurende een periode van minimum 6 weken doeltreffend was (daling van tenminste 2 punten op een VAS van 0 tot 10) en goed verdragen werd.

Ik verklaar dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een nieuwe periode van 12 maanden met verpakkingen van 200 capsules.

Ik verklaar kennis te hebben dat de aanbevolen dagdosis 150 tot 600 mg in 2 of 3 toedieningen is.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

☐ **IV – Aanvraag tot verdere (na de eerste) verlenging(en) van de terugbetaling**

Ik, ondergetekende, behandelende arts van de patiënt, verklaar dat de voorafgaande behandeling met LYRICA gedurende een periode van minimum 12 maanden doeltreffend was en goed verdragen werd en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een nieuwe periode van 12 maanden met verpakking van 200 capsules.

Ik verklaar kennis te hebben dat de aanbevolen dagdosis 150 tot 600 mg in 2 of 3 toedieningen is.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

V – Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_1_| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_| (RIZIV-nr)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) (handtekening van de geneesheer)